

| THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES<br>DE SOINS DE SANTÉ   |  |
|---|--|
| OBSERVATION DE LA CONSULTATION PRENATALE (CPN)  |  |
| 1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE   |  |
| TYPE DE QUESTIONNAIRE   |  |
| NUMERO DE LA STRUCTURE  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE<br>[DE LA LISTE DE PERSONNEL]   | <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| 2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE   |  |
| <u>Catégorie de Prestataire:</u><br>PRESTATAIRE TYPE 1 ..... 01<br>PRESTATAIRE TYPE 2 ..... 02<br>PRESTATAIRE TYPE 3 ..... 03<br>PRESTATAIRE TYPE 4 ..... 04<br>PRESTATAIRE TYPE 5 ..... 05<br>PRESTATAIRE TYPE 6 ..... 06<br>PRESTATAIRE TYPE 7 ..... 07<br>PRESTATAIRE TYPE 8 ..... 08<br>PRESTATAIRE TYPE 9 ..... 09<br>AUTRE ..... 96 | CATEGORIE PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)   | SEXE DU PRESTATAIRE ..... <input type="text"/>   |
| 3. INFORMATION SUR L'OBSERVATION  |  |
| Date: .....   | JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/><br>ANNEE ..... <input type="text"/> <b>2</b> <input type="text"/> <b>0</b> <input type="text"/> <b>2</b> <input type="text"/> |
| Nom de l'observateur : .....  | CODE DE L'OBSERVATEUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |

| 4. Observation de la Consultation Prénatale   |   |   |                     |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
|---|---|---|---------------------|----------|----------|----------|----------|----------|------|------|-------|--|--|--|
| NO.   | QUESTIONS   | CODES   | ALLER A             |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
| <p>AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DE LA CLIENTE. ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.</p> |   |   |                     |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
|   | <p><b>A LIRE AU PRESTATAIRE:</b> Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au [PAYS] dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette cliente afin de comprendre comment les services de CPN sont fournis dans cette structure.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le [MINISTERE DE LA SANTE] ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p>   | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><b>2</b></td> <td><b>0</b></td> <td><b>2</b></td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNEE</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> |                     |          |          | <b>2</b> | <b>0</b> | <b>2</b> | JOUR | MOIS | ANNEE |  |  |  |
|   |   |   | <b>2</b>            | <b>0</b> | <b>2</b> |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
| JOUR  | MOIS  | ANNEE   |                     |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
| 100   | ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LE PRESTATAIRE.   | OUI .....<br>NON .....  | 1<br>2 → <b>FIN</b> |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
|   | <p><b>A LIRE A LA CLIENTE:</b> Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au [PAYS]. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, en vue de comprendre comment les services CPN sont fournis dans cette structure.</p> <p>Nous ne sommes pas entrain d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la Structure en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptez de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> | <p>Signature de l'enquêteur<br/>(indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>  |                     |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
| 101   | ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LA CLIENTE.   | OUI .....<br>NON .....  | 1<br>2 → <b>FIN</b> |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
| 102   | ENREGISTREZ L'HEURE DE DEBUT DE L'OBSERVATION .....   |   |                     |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |
| 103   | EST-CECI LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?   | OUI .....<br>NON .....  | 1<br>2              |          |          |          |          |          |      |      |       |  |  |  |

| NO.   | QUESTION / OBSERVATIONS   | CODES   |  |
|---|---|---|--|
| <b>POUR CHACUN DES GROUPES SUIVANTS, ENCERCLEZ TOUTE ACTION PRISE PAR LE PRESTATAIRE OU PAR LA CLIENTE. SI AUCUNE ACTION DU GROUPE N'EST OBSERVEE, ENCERCLEZ "Y" POUR CHAQUE GROUPE A LA FIN DE DE L'OBSERVATION.</b> |   |   |  |
| <b>ANTECEDENTS DE LA CLIENTE</b>  |   |   |  |
| 104   | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU SI LA CLIENTE A MENTIONNE L'UN OU L'AUTRE DES ELEMENTS SUIVANTS:  |   |  |
| 01  | L'âge de la cliente   | A   |  |
| 02  | Les médicaments que la cliente prend  | B   |  |
| 03  | Date du début des dernières règles  | C   |  |
| 04  | Nombre de grossesses antérieures que la cliente a eues  | D   |  |
| 05  | Aucun des éléments ci-dessus  | Y   |  |
| <b>ASPECTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES</b>  |   |   |  |
| 105   | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE OU LA CLIENTE A DISCUITE L'UN OU L'AUTRE DES ASPECTS SUIVANTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES:   |   |  |
| 01  | Mort-nés antérieures  | A   |  |
| 02  | Enfants décédés au cours de la première semaine de vie  | B   |  |
| 03  | Saignement intense, pendant ou après l'accouchement   | C   |  |
| 04  | Accouchement antérieur assisté (césarienne, ventouse, ou forceps)   | D   |  |
| 05  | Avortements spontanés antérieurs  | E   |  |
| 06  | Grossesses multiples antérieures  | F   |  |
| 07  | Travail prolongé antérieur  | G   |  |
| 08  | Hypertension gravidique antérieure  | H   |  |
| 09  | Convulsions liées à une grossesse antérieure  | I   |  |
| 10  | Fièvre élevée ou infection durant la(es) grossesse(s) antérieure(s)   | J   |  |
| 11  | Aucun des aspects ci-dessus   | Y   |  |
| <b>SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ACTUELLE</b>  |   |   |  |
| 106   | DANS LA COLONNE A, INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE A PROPOS OU SI LA CLIENTE A MENTIONNE L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES RELATIVES A LA GROSSESSE ACTUELLE. DANS LA COLONNE B, INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS A PROPOS DES SIGNES DE DANGER | (A)<br>PRESTATAIRE<br>A DEMANDE<br>OU LA CLIENTE<br>A MENTIONNE | (B)<br>PRESTATAIRE<br>A DONNEE DES<br>CONSEILS |
| 01  | Saignement vaginal  | A   | A  |
| 02  | Fièvre  | B   | B  |
| 03  | Maux de tête ou vision brouillée  | C   | C  |
| 04  | Gonflement du visage ou des mains   | D   | D  |
| 05  | Fatigue ou essoufflement  | E   | E  |
| 06  | Mouvements fœtaux (absence ou excessif)   | F   | F  |
| 07  | Toux ou difficulté à respirer pendant 3 semaines ou plus  | G   | G  |
| 08  | Autres symptômes ou problèmes que la cliente pense qu'ils pourraient être liés à cette grossesse  | H   | H  |
| 09  | Aucun des signes ci-dessus  | Y   | Y  |

| NO.                                    | QUESTION / OBSERVATIONS  | CODES                           |                                  |                                |                            |  |
|--|--|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--|
| <b>EXAMEN MEDICAL</b>                  |  |                                 |                                  |                                |                            |  |
| 107                                    | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A EXECUTE LES PROCEDURES SUIVANTES:   |                                 |                                  |                                |                            |  |
| 01                                     | Prendre la tension artérielle de la cliente  | A                               |                                  |                                |                            |  |
| 02                                     | Peser la cliente   | B                               |                                  |                                |                            |  |
| 03                                     | Examiner les conjonctives/paumes pour l'anémie   | C                               |                                  |                                |                            |  |
| 04                                     | Examiner les jambes/pieds/mains pour l'œdème   | D                               |                                  |                                |                            |  |
| 05                                     | Examiner les glandes pour gonflement   | E                               |                                  |                                |                            |  |
| 06                                     | Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du foetus  | F                               |                                  |                                |                            |  |
| 07                                     | Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur de l'utérus   | G                               |                                  |                                |                            |  |
| 08                                     | Ausculter l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus  | H                               |                                  |                                |                            |  |
| 09                                     | Faire une échographie/référer la cliente pour une échographie/consulter les résultats d'une échographie faite récemment  | I                               |                                  |                                |                            |  |
| 10                                     | Examiner les seins de la cliente   | J                               |                                  |                                |                            |  |
| 11                                     | Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale   | K                               |                                  |                                |                            |  |
| 12                                     | Mesurer la hauteur utérine avec un mètre ruban   | L                               |                                  |                                |                            |  |
| 13                                     | Aucune des procédures ci-dessus  | Y                               |                                  |                                |                            |  |
| <b>TESTS DE ROUTINE</b>                |  |                                 |                                  |                                |                            |  |
| 108                                    | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE<br>A) A DEMANDE A PROPOS,<br>B) A EFFECTUE, C) A REFERE LA<br>CLIENTE POUR DES TESTS SUIVANTS | (A)<br>PRESTATAIRE<br>A DEMANDE | (B)<br>PRESTATAIRE<br>A EFFECTUE | (C)<br>PRESTATAIRE<br>A REFERE | (D)<br>PAS ACTION<br>PRISE |  |
| 01                                     | Test d'anémie  | A                               | B                                | C                              | Y                          |  |
| 02                                     | Groupe sanguin   | A                               | B                                | C                              | Y                          |  |
| 03                                     | N'importe quel test d'urine  | A                               | B                                | C                              | Y                          |  |
| 04                                     | Test de syphilis   | A                               | B                                | C                              | Y                          |  |
| <b>CONSEIL ET DEPISTAGE DE VIH</b>     |  |                                 |                                  |                                |                            |  |
| 109                                    | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT CE QUI SUIT:   |                                 |                                  |                                |                            |  |
| 01                                     | A Demandé si la cliente savait que son statut sérologique  |                                 |                                  | A                              |                            |  |
| 02                                     | A fourni des conseils relatifs au test du VIH  |                                 |                                  | B                              |                            |  |
| 03                                     | A référé pour le counseling relatif au test du HIV   |                                 |                                  | C                              |                            |  |
| 04                                     | A effectué un test de HIV  |                                 |                                  | D                              |                            |  |
| 05                                     | A référé pour un test de HIV   |                                 |                                  | E                              |                            |  |
| 06                                     | Aucune des actions ci-dessus   |                                 |                                  | Y                              |                            |  |
| <b>MAINTIEN D'UNE GROSSESSE SAINTE</b> |  |                                 |                                  |                                |                            |  |
| 110                                    | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE CONSEIL<br>AU SUJET DES PREPARATIFS SUIVANTS             |                                 |                                  |                                |                            |  |
| 01                                     | A discuté de la nutrition (c.à.d. quantité ou qualité de nourriture à manger) durant la grossesse                        |                                 |                                  |                                | A                          |  |
| 02                                     | A informé la cliente sur l'évolution de la grossesse   |                                 |                                  |                                | B                          |  |
| 03                                     | A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites CPN  |                                 |                                  |                                | C                          |  |
| 04                                     | Aucun des sujets ci-dessus   |                                 |                                  |                                | Y                          |  |

| NO.                                      | QUESTION / OBSERVATIONS   | CODES |
|--|---|-------|
| <b>PROPHYLAXIE DE FER</b>                |   |       |
| 111                                      | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:   |       |
| 01                                       | A prescrit ou donné des comprimés de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux  | A     |
| 02                                       | A expliqué l'objet de fer ou de l'acide folique   | B     |
| 03                                       | A expliqué comment prendre des comprimés de fer ou de l'acide folique   | C     |
| 04                                       | A expliqué les effets secondaires des comprimés de fer  | D     |
| 05                                       | Aucun des médicaments/conseils ci-dessus  | Y     |
| <b>INJECTION DE VACCIN ANTITETANIQUE</b> |   |       |
| 112                                      | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:   |       |
| 01                                       | A prescrit ou donné une injection de vaccin antitétanique (VAT)   | A     |
| 02                                       | A expliqué l'objet de l'injection du (VAT)  | B     |
| 03                                       | Aucun des médicaments/conseils ci-dessus  | Y     |
| <b>DEPARASITAGE</b>                      |   |       |
| 113                                      | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS   |       |
| 01                                       | A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole  | A     |
| 02                                       | A expliqué l'objet du Mebendazole/de l'Albendazole  | B     |
| 03                                       | Aucun des médicaments ci-dessus   | Y     |
| <b>PALUDISME</b>                         |   |       |
| 114                                      | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:   |       |
| 01                                       | A donné une prophylaxie antipaludéenne (SP)   | A     |
| 02                                       | A prescrit une prophylaxie antipaludéenne (SP)  | B     |
| 03                                       | A expliqué l'objet du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludéens   | C     |
| 04                                       | A expliqué comment prendre des médicaments antipaludéens  | D     |
| 05                                       | A expliqué les effets secondaires possibles des antipaludéens   | E     |
| 06                                       | A donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ou a expliqué à la femme enceinte où obtenir la moustiquaire                             | F     |
| 07                                       | A explique clairement l'importance d'utiliser une MII   | G     |
| <b>OBSERVATION DIRECTE:</b>              |   |       |
| 08                                       | La 1ère dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire   | H     |
| 09                                       | L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée  | I     |
| 10                                       | Aucun des médicaments/conseils ci-dessus  | Y     |
| <b>PREPARATIFS A L'ACCOUCHEMENT</b>      |   |       |
| 115                                      | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE DES CONSEILS AU SUJET DE L'ACCOUCHEMENT AU MOYEN DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:            |       |
| 01                                       | A demandé à la cliente là où elle compte accoucher  | A     |
| 02                                       | A conseillé à la cliente de se préparer à l'accouchement (ex. mettre de l'argent de côté, prendre des dispositions pour le transport d'urgence) | B     |
| 03                                       | A conseillé la cliente à utiliser un agent de santé qualifié pour l'accouchement  | C     |
| 04                                       | A discuté avec la cliente ce qu'elle doit avoir sous la main à la maison en cas d'urgence (ex., la lame)  | D     |
| 05                                       | Aucun des sujets ci-dessus  | Y     |

| NO.  | QUESTION / OBSERVATIONS  | CODES  |
|--|--|--|
| <b>RECOMMANDATIONS POUR NOUVEAU-NE ET POST PARTUM</b>  |  |  |
| 116  | INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS AU SUJET DES SOINS DU NOUVEAU-NE OU SOINS POSTPARTUM DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:                                   |  |
| 01   | A discuté des soins du nouveau-né (chaleur, l'hygiène et soins du cordon)  | A  |
| 02   | A discuté de l'initiation précoce et prolongée de l'allaitement maternel   | B  |
| 03   | A discuté de l'allaitement exclusif au sein  | C  |
| 04   | A discuté de l'importance de la vaccination pour le nouveau-né   | D  |
| 05   | A discuté des options pour la planification familiale après l'accouchement   | E  |
| 06   | Aucun des sujets ci-dessus   | Y  |
| <b>OBSERVATIONS D'ENSEMBLE SUR L'INTERACTION</b>   |  |  |
| 117  | NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE SI LA CLIENTE AVAIT DES QUESTIONS ET L'A ENCOURAGE A POSER DES QUESTIONS.  | OUI, A POSE QUESTIONS..... 1<br>NON, PAS DE QUESTIONS..... 2   |
| 118  | NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A UTILISE DES IMAGES POUR L'EDUCATION SANITAIRE OU A DONNE DES CONSEILS DURANT LA CONSULTATION.  | OUI, A UTILISE D'IMAGES..... 1<br>N'A PAS UTILISE D'IMAGES..... 2  |
| 119  | NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A REGARDÉ DANS LE CARNET DE SANTE DE LA CLIENTE (OU BIEN AVANT D'EXAMINER LA CLIENTE, OU BIEN PENDANT L'INTERROGATOIRE OU L'EXAMEN DE LA CLIENTE). | OUI, A REGARDÉ DANS CARNET..... 1<br>N'A PAS REGARDÉ DANS CARNET..... 2<br>CARNET DE SANTE N'A PAS ETE UTILISE ..... 3 → 121   |
| 120  | NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A ECRIT QUELQUE CHOSE DANS LE CARNET DE SANTE DE LA CLIENTE.   | OUI ..... 1<br>NON ..... 2<br>NE SAIT PAS ..... 8  |
| 121  | ENREGISTREZ LE RESULTAT DE LA CONSULTATION.<br><br>[ENREGISTREZ LE RESULTAT AU MOMENT OU L'OBSERVATION PREND FIN]  | LA CLIENTE RENTRE CHEZ ELLE. .... 1<br>LA CLIENTE EST REFEREE(AU LABO OU AUTRE PRESTATAIRE)<br>DANS LA MEME STRUCTURE. .... 2<br>LA CLIENTE EST ADMISE<br>DANS LA MEME STRUCTURE. .... 3<br>LA CLIENTE EST REFEREE<br>DANS UNE AUTRE STRUCTURE. .... 4 |
| <b>QUESTIONS DESTINEES AU PRESTATAIRE DE CPN</b>   |  |  |
| DEMANDEZ AU PRESTATAIRE LES QUESTIONS SUIVANTES ET VERIFIER DANS LE REGISTRE DE CPN OU DANS LE CARNET DE CPN DE LA CLIENTE |  |  |
| 122  | A combien de semaines de grossesse est la cliente?   | SEMAINES DE GROSSESSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| 123  | Est-ce que ceci est la 1ère, 2ème, 3ème, 4ème ou 5ème visite de la cliente pour des soins prénatals pour cette grossesse en cours dans cette structure?                    | PREMIERE VISITE. .... 1<br>DEUXIEME VISITE. .... 2<br>TROISIEME VISITE. .... 3<br>QUATRIEME VISITE. .... 4<br>CINQUIEME VISITE OU PLUS. .... 5<br>NE SAIT PAS. .... 8  |
| 124  | Est-ce que la cliente a eu une grossesse antérieure, quel que soit la durée ou le résultat de cette grossesse, ou ceci est la première grossesse de la cliente?            | PREMIERE GROSSESSE. .... 1<br>PAS PREMIERE GROSSESSE. .... 2<br>NE SAIT PAS. .... 8  |
| 125  | ENREGISTREZ LE TEMPS DE LA FIN DE L'OBSERVATION. ....  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |
| <b>Commenteurs de l'Observateur:</b>   |  |  |